

## COMPORTAMENTO SUICIDA E O PAPEL DO PSICÓLOGO NA PREVENÇÃO E PÓS-VENÇÃO DO SUICÍDIO

MAGALHÃES, Érika Fernanda P.<sup>1</sup>  
GONÇALVES, Dalila Mateus<sup>2</sup>

### RESUMO

O termo suicidologia refere-se ao estudo do comportamento e possíveis causas relacionadas ao suicídio. É essencial que psicólogos e outros profissionais saibam reconhecer e identificar níveis de concretismo da ideação, por esse motivo o artigo visa perpassar pelas temáticas de prevenção trabalhando com conhecimento de aspectos que possam levar ao suicídio, assim como na pós-venção, no cuidado das pessoas que perdem alguém próximo por suicídio, sendo também um fator de risco ao suicídio. A pesquisa será realizada com base na bibliografia encontrada em cartilhas, livros ou artigos científicos e a coleta de dados será feita exclusivamente a partir deste meio, sem envolvimento de participantes. O suicídio é muito frequente no Brasil e uma das maneiras pelas quais é possível intervir nestes casos seria diante da identificação do comportamento suicida previamente, sendo esse o ponto que se almeja chegar ao final da leitura do presente artigo, assim como o conhecimento de estratégias de enfrentamento e o papel do psicólogo em clínica com paciente suicida.

**Palavras-chaves:** Suicidologia, estratégias de enfrentamento, prevenção e pós-venção ao suicídio.

### ABSTRACT

The term suicidology refers to the study of behavior and possible causes related to suicide. It is essential that psychologists and other professionals know how to recognize and identify levels of concrete ideation, for this reason the article aims to go through the themes of prevention working with knowledge of aspects that can lead to suicide, as well as in post-vention, in the care of people who lose someone close for suicide, being also a risk factor for suicide. The research will be carried out based on the bibliography found in booklets, books or scientific articles and data collection will be done exclusively through this medium, without the involvement of participants. Suicide is very frequent in Brazil and one of the ways in which it is possible to intervene in these cases would be through the identification of suicidal behavior previously. coping and the role of the psychologist in a clinic with a suicidal patient.

**Keywords:** Suicidology, coping strategies, prevention and post-vention for suicide

## 1 INTRODUÇÃO

Existe uma certa dificuldade em conhecer, falar ou pesquisar sobre o suicídio, e tal enigma também é encontrada nos profissionais de psicologia, que sem contato com o assunto

---

<sup>1</sup> Graduanda do 8º semestre do curso de Psicologia e voluntária do programa de Iniciação Científica da Faculdade do Norte do Mato Grosso – AJES. E-mail: erika.academ@gmail.com

<sup>2</sup> Especialista, Coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade do Norte do Mato Grosso – AJES. Email: dalila.mateus@ajes.edu.br

durante a graduação acaba tendo um conhecimento carente em sua atuação, podendo assim ser enganado por diversos mitos que perpassam a temática do suicídio como por exemplo: “pessoas que ameaçam se matar não chegam a realizar o ato” ou então que “falar sobre suicídio incentiva outros a tirarem a própria vida”, frases que estão presentes em grande peso na nossa cultura e que estão repletas de mentiras que podem pertencer a fala de um profissional do campo de saúde mental.

Psicólogos e outros profissionais de saúde precisam compreender como se dá uma ideação suicida para conseguir identifica-la e encaminhar essa pessoa para o melhor tratamento possível, sem julgamentos ou insinuações. O suicídio é o ato de tirar a própria vida por não suportar tamanho sofrimento, e na maioria dos casos esse sofrimento decorre de um transtorno mental que pode ser trabalhado em terapia e proporcionar uma qualidade de vida melhor.

De acordo com os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde - OMS, cerca de 12 mil pessoas morrem por suicídio no Brasil por ano, o que equivale a 6% da população nacional, no mundo esse número sobe para 800 mil suicídios anuais, sendo considerada a 3ª maior causa de morte entre jovens de 15 a 25 anos. No contexto de minorias sexuais, o número de tentativas de suicídio da comunidade LGBTQIA+ é cerca de 2 a 7 vezes maior que entre heterossexuais.

Uma das maneiras pelas quais é possível intervir nestes casos seria diante da identificação do comportamento suicida previamente, pois, a decisão de acabar com a própria vida nem sempre é um acontecimento isolado, existem diversos fatores que podem contribuir para tal ato e durante o processo de ideação o indivíduo mostra sinais e por esse motivo a relevância de se conhecer mais sobre esse sofrimento e quais poderiam ser as atitudes prévias de um ato suicida.

Embora existam programas como o Centro de Valorização a Vida (CVV), psicólogos, psiquiatras, campanhas como setembro amarelo e diversos outros fatores de prevenção, o suicídio ainda pode vir a acontecer e após essa perda também é preciso lidar com a família e amigos enlutados, dando início ao trabalho de pós-venção desse suicídio, sabendo que um dos fatores de risco para novas tentativas de suicídio também é ter presenciado o acontecimento em alguém próximo, esse luto precisa ser vivenciado de uma maneira saudável.

Falar sobre suicídio ainda é um tabu forte na sociedade, mas, como profissionais de saúde, educadores, familiares e amigos, é importante que possamos falar mais sobre a temática e levar informações relevantes e necessárias. Como psicólogos, o conhecimento é essencial para

executar a prática de uma escuta atenta e qualificada. Conhecer mais sobre os processos que levam alguém ao suicídio e possíveis intervenções pode salvar vidas.

No decorrer do artigo levantaremos informações acerca do comportamento suicida, seus fatores de proteção, os fatores de risco, o trabalho com as pessoas que perderam alguém próximo por suicídio, e como podemos atuar para diminuir o número de mortes por suicídio, visto que, a cada 46 minutos uma pessoa morre por suicídio no Brasil, um número tão alto de tamanho sofrimento.

### 1.1 Contextualização Do Suicídio

O termo suicidologia refere-se ao estudo do comportamento e possíveis causas relacionadas ao suicídio, tal conhecimento tem grande relevância nas áreas de psiquiatria e psicologia, sendo inclusive títulos de pós-graduação na área. O suicídio remete a uma morte intencional que tem como foco principal a fuga de um sofrimento de extrema magnitude, o suicida então não busca morrer no sentido literal, mas sim um escape de sua própria realidade repleta de dor (MULLER, 2017).

O suicídio é um fenômeno de alta complexidade e multifatorial, tendo suas raízes primitivas, com uma mudança de sua valorização ao longo dos anos. Na civilização primitiva existia uma crença de que as pessoas poderiam voltar dos mortos para aterrorizar outras pessoas, existindo um temor profundo pelo suicídio, e seus principais motivadores na época envolviam questões de desonra, fuga da escravidão, idade avançada e vontade de se vingar de outros (VENCO E BARRETO, 2010).

Na Grécia Antiga, a morte tinha uma visão de algo honroso e desejado, todos tinham direito de morrer da maneira que desejasse e quando tivesse vontade, por questões religiosas ou filosóficas. Alguns autores acreditam que mesmo sendo um direito da população, eles teriam que pedir a permissão das autoridades (ARAÚJO E BICALHO, 2012).

A Idade Média foi marcada pelo fortalecimento da igreja, desde modo, o suicídio passou a ser proibido e passível de punição aos familiares e próximos da pessoa, sendo proibido também a cerimônia fúnebre. Na Modernidade, com o lançamento do livro de Durkheim denominado “O Suicídio” em 1897, moveu-se a discussão para o campo social, sendo relacionados aos problemas encontrados em sociedade e passível de investigação do profissional psiquiatra e demais amantes da saúde mental.

Na Contemporaneidade o indivíduo é atravessado por tecnologias de ponta e pela intensa ideia de felicidade como objetivo a ser alcançado. A visão do suicídio passou de uma pessoa pecadora e ingrata, para alguém vítima de sua saúde mental e dos fatores que a

acarretam, como sua fisiologia cerebral, as misérias humanas, os desastres e calamidades sociais e as demais causas de sofrimento psíquico.

Como visto anteriormente, os debates sobre a aceitação do ato suicida vêm de diferentes percepções de sociedades e épocas, que estão relacionadas intimamente à cultura e à moral, deixando impossível estabelecer um conceito geral que seja específico o suficiente. Em nossa sociedade atual, vemos o suicídio como campo das psicopatologias onde investigam-se suas possíveis causas e os meios de prevenção, associando-as aos fatores biológicos e psicológicos.

Faz-se essencial que os profissionais saibam identificar os termos que abarcam o suicídio, sua ideação e seus fatores de risco e proteção, para melhor acolher o sofrimento.

## 2 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com base na bibliografia encontrada em cartilhas, livros ou artigos científicos e a coleta de dados feita exclusivamente a partir deste meio, sem envolvimento de participantes, a análise dos dados envolve modelo qualitativo, com análise de conteúdo.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As fases são identificadas por meio do nível de intencionalidade que vemos da pessoa. O nível mais amplo e abrangente é o desejo de morrer, onde ocorre pensamentos como “eu não mereço viver”, “quero dormir para sempre”, “não quero mais viver”, “estou cansado de viver”, e entre outras frases que o abarcam, é o nível primário, onde deve-se trabalhar com cuidado, mas sem tanta intensidade.

Se a intervenção não alcança a pessoa nesse período, ela acaba por entrar mais afundo no desejo de morrer e começa a desenvolver a ideação suicida e o seu planejamento, momento em que está decidido o modo como será realizado e o indivíduo se empenha em falar o que deseja, abrir mão de seus bens pessoais e a se despedir de maneira discreta.

O pensamento agora é concreto, o plano é real, os instrumentos para execução estão disponíveis e prontos para consumir o ato, a tentativa de suicídio é iminente e esse é o momento crucial do tudo ou nada durante a intervenção, o sigilo profissional em clínica é quebrado por apresentar ameaça de vida e a emergência pode ser acionada para controle de comportamentos autodestrutivos com finalidade de morrer (SANTOS, 2019).

Não se pode determinar uma causa específica para o suicídio, e de acordo com Cassorla e Smeke (1994), é um evento que ocorre por uma junção de fatores adquiridos durante a vida da pessoa em questão, inclui aspectos de todas as áreas e por esse motivo torna-se algo tão complexo de se trabalhar.

Existem alguns fatores de risco que são vistos com maior frequência no comportamento suicida, são divididos em: transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições incapacitantes. Os transtornos mentais mais frequentemente relacionados são: de humor; por uso de substância psicoativa; de personalidade (ex: borderline); esquizofrenia; de ansiedade. Os fatores sociodemográficos são: sexo masculino; estar entre 15 a 35 anos e acima de 75 anos; solteiros; isolamento social; na categoria de fatores psicológicos estão em destaque as perdas recentes, dinâmica familiar conturbada, reações a aniversários e humor lábio. As condições incapacitantes são principalmente a dor crônica, lesões desfigurantes, neoplasias malignas e Aids (CERQUEIRA, 2015).

Existem também fatores que são precipitantes, são os estressores atuais que acabam por desencadear o suicídio somado ou não aos fatores predisponentes, podem ser uma decepção amorosa, separação, perder o emprego, estar embriagado, perder um pet ou algum vínculo emocional intenso e entre outros acontecimentos importantes e relevantes.

Quando se trata de algo tão subjetivo quanto o sentido de tirar a própria vida, associamos fatores de risco, mas sabemos que trata-se de uma relação independente de cada indivíduo, portanto, é importante não analisar os fatores de uma maneira rigorosa, sendo necessário compreender o contexto de vida de cada um separadamente para então determinar quais fatores podem ser considerados de risco, e se possível, trabalhar para potencializar fatores de proteção com o indivíduo afim de reduzir a intensidade da presença dos fatores de risco.

Bertolote (2012 *apud* Cerqueira, 2015) divide os fatores de proteção em: cognitivos e personalidade, padrão familiar, fatores culturais e sociais e ambientais. De modo geral, temos como exemplos de fatores de proteção a confiança em si mesmo, a habilidade de se comunicar, um bom relacionamento familiar, o apoio da família, a adesão a valores, um bom relacionamento com amigos, a integração social no trabalho, uma boa alimentação e um ambiente livre de drogas.

Outros fatores protetivos são: facilidade em se abrir e pedir ajuda a outras pessoas, a capacidade de criar vínculos com outros, ter filhos pequenos, praticar alguma religião, acesso a serviços de saúde mental, frequentar algum grupo social e entre outros, os fatores protetivos

são aqueles que conseguem acolher a dor do paciente e torna-la mais maleável e menos sufocante de maneira benéfica, sem feri-lo.

Cabe ao terapeuta a capacidade de identificar quais são os fatores de risco e proteção que abarcam seu paciente, podendo ser totalmente diferentes de acordo com o indivíduo, contexto e sua própria interpretação de mundo.

### 3.1 Prevenção

Quando falamos de prevenção, o ato de informar é valioso para todos, o conhecimento salva a vida das pessoas e quando se trata de suicídio não é diferente, o fato de se saber identificar os sinais, encaminhar, conversar, estar atento, são aspectos importantes na postura de qualquer indivíduo, principalmente para equipes que tem relações com uma grande parte de pessoas, como escolas, hospitais, igrejas, e demais grupos.

É importante que o tema seja discutido em todos os períodos do ano e não somente no Setembro Amarelo, onde todos se empenham mais para tratar do assunto, devemos ter consciência de que os pensamentos suicidas ocorrem a todo momento, e deixamos o mês de prevenção mais como um lembrete de sua necessidade e não como uma autorização para a fala.

Muitas pessoas ainda acreditam que falar sobre suicídio incentiva outras pessoas realizar o ato, mas ao contrario disso, o que mais dificulta o acesso dessas pessoas a buscar ajuda é justamente a dificuldade de encontrar portas abertas e acolhedoras, em média 25% a 58% das pessoas que cometem suicídio procuram uma ajuda profissional cerca de um mês antes e não a encontra de maneira ideal (BAHLS & BOTEGA, 2007).

Apresentar informações aos adolescentes também é importante, equipes podem fazer palestras e dinâmicas sobre o assunto, ou mesmo os professores podem abordar o tema em sala de aula e apresentar as opções de ajuda que os alunos podem procurar se precisar, principalmente colocando a coordenação ou secretaria da escola de prontidão para fazer esse encaminhamento se necessário.

O Centro de Valorização a Vida – CVV, também pode ser citado como um ponto de apoio para esses adolescentes que buscam ajuda e uma escuta de qualidade, visto que se trata de voluntários que passam por um treinamento para oferecer esse suporte.

Os alunos podem elaborar cartazes, cartilhas, publicações em redes sociais ou murais com informações sobre o tema, desse modo eles estariam não apenas como ouvintes, mas como atuantes no processo de prevenção, compreenderiam melhor sobre o tema ao elaborarem eles mesmos.

Quando a comunidade se empenha em apoiar e acolher as pessoas, o medo do julgamento e o silenciamento diminuem, a partir do momento em que as pessoas se sentem seguras no ambiente em que estão, com consciência de que não serão culpabilizadas por seus pensamentos e sentimentos, ela pode se comunicar, criar vínculos e conseqüentemente criam fatores protetivos que o afastam da situação de risco iminente de suicídio.

Em 2006 o Ministério da Saúde lançou o manual *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*, como uma estratégia para prevenir o suicídio, fornecendo informações sobre como detectar de maneira precoce e realizar intervenções prévias, descreve também as principais abordagens com possíveis suicidas e o encaminhamento do mesmo aos hospitais ou centros de apoio como o Centro de Apoio Psicossocial-CAPS (BRASIL, 2006)

Um dos principais meios de prevenções trabalhadas nos centros de saúde é a atenção a família, visto que a família é um ponto principal para criar um sistema de proteção ao paciente com ideação suicida, pois fornecem apoio, vigilância e afeto.

Para que a família seja esse suporte de proteção, ela precisa entender sobre o que envolve o tema suicídio, os tratamentos, os riscos, e as motivações. Essa compreensão pode ser feita por meio de conversas em grupos de apoio, onde a equipe trabalha com o acolhimento e compreensão, ouvindo as dúvidas, os desabafos, explicando sobre como esse fenômeno acontece e a melhor maneira de lidar.

Mesmo que o Brasil esteja avançando em políticas públicas no contexto do suicídio, faz-se necessário que essa prevenção seja colocada em prática, Botega (2015), citado por Muller, Pereira e Zanon (2018) ainda enfatiza a necessidade de se fazer ações embasadas cientificamente, sendo uma tríade entre política, proteção e pesquisa, para que as atitudes das equipes de saúde não sejam apenas movimentos afetivos, que embora possam ajudar, não podem ser realizados sozinhos sem a interação conjunta com a ciência.

### 3.2 Pósvenção

É comum pensar em suicídio apenas em sua prevenção, e isso é apenas mais uma evidencia de como a pósvenção é negligenciada pela sociedade. O termo foi criado por Edwin Shneidman, psicólogo americano, como *postvention*, e foi citado por diversos outros escritores da área, como Fukumitsu, Pellegrino, Gennari e entre outros. A pósvenção são as atividades que realizamos após o suicídio para acolher o sofrimento dos enlutados.

A intenção é amenizar as marcas deixadas por essa morte e sendo apoio para aqueles que sofrem o impacto da perda, deste modo, a pós-venção é como uma prevenção futura, por cuidar da dor que possivelmente poderia ocasionar em outros suicídios (FUKUMITSU, et al., 2013).

Uma perda por suicídio causa um forte impacto na sociedade e na família, estima-se que afete no mínimo seis pessoas, e quando inserida em um ambiente de trabalho, escola, ou a algum grupo religioso, esse número aumenta ainda mais, e torna-se um fator de risco ao suicídio.

Os sobreviventes do suicídio, de acordo com Fukumitsu (2013) são a família, amigos, e aqueles que foram atingidos de maneira mais intensa pela perda de alguém próximo por suicídio, precisam de intervenção e um espaço de fala para compartilhar seus sentimentos e impressões em relação a perda.

O sobrevivente precisa lidar com uma diversidade de fatores relevantes relacionados ao impacto do ato suicida na família: sentimentos ambivalentes de alívio e culpa, arrependimento, choque, autoacusação, raiva, busca de boas lembranças, vergonha, estigmatização e isolamento, rejeição e falta de busca de sentido – destacadas ainda as dificuldades para se compreender o porquê (FUKUMITSU, 2013).

É comum que as pessoas próximas embarquem na busca por motivos ou sinais, pensando nas coisas que poderiam ter feito para evitar a perda da pessoa amada, embora esses pensamentos sirvam apenas para implicar mais dor e culpa onde não é necessária. A sociedade costuma impor na família uma carga muito grande de responsabilidade, tirando o direito dela de sentir o luto e se curar desse momento, culpando-os, julgando-os e atribuindo a eles toda a responsabilidade dessa morte.

O suicídio é uma das mortes mais difíceis de elaborar, pela forte culpa que desperta. Ativa a sensação de abandono e impotência em quem fica. O enlutado, além de lidar com a sua própria culpa, é frequentemente alvo de suspeita da sociedade como sendo o responsável pela morte do outro (Kovács, 1992, p. 160).

O luto por suicídio é considerado um luto complicado e não identificado exatamente pelo estigma que o abarca, mas é necessário dar o espaço de fala e acolhimento a esses que ficam, pois trata-se de um impacto tão intenso que permanece a vida inteira e pode causar grandes dificuldades.

A maneira mais comum de oferecer suporte e acolhimento aos sobreviventes é por meio de grupos de apoio, surgiram na América do Norte por volta da década de 70, proporcionando a troca de experiências, um local seguro e livre de julgamentos (Botega, 2015).

Grupos permitem compartilhar o luto, possibilitam superar o estigma e a vergonha, são ambientes seguros para dividir a dor, reforçam a autoestima, ensinam que se enlutar é adequado, ajudam as pessoas a saber que não estão ficando loucas, a lidar com o que poderia ter sido evitado, a chorar e expressar sentimentos (Silva, 2015, p. 124).

Os grupos ajudam os enlutados a adquirir um sentimento de pertencimento, de esperança em se sentir melhor futuramente, oferece a possibilidade de aprender novos recursos e comportamentos para problemas em comum, dá ao enlutado o campo certo para expressão de seus sentimentos sem julgamentos, propõem um ambiente empático de cuidado, um local firme e seguro onde se assegura a confiança e a tolerância sem julgo (BERTOLOTE, 2012).

Quando o suicídio ocorre em âmbito escolar, essa perda pode ser intensa, geralmente os alunos que não eram tão próximos também podem ser atingidos, principalmente se existir o sentimento de culpa pela prática do bullying ou por alguma desavença que tenha acontecido, os professores também são afetados, toda a equipe pode sofrer essa perda, mas é necessário trabalhar esse sentimento por meio de conversa aberta, principalmente com adolescentes.

Os alunos querem entender um motivo, e ignorar o tema não é a melhor opção para o momento. É de extrema importância que todos tenham um espaço para falar com pessoas qualificadas, mesmo que não sejam da área da saúde, os professores podem elaborar um grupo de apoio para explicar sobre suicídio, conversarem sobre os momentos marcantes dessa pessoa, fazer uma roda de conversas sobre a vida daquele que se foi, acolher aqueles que se sentirem afetados e expressa-lo por meio do choro, acolher os que se silenciam, e ter uma observação atenta a alguma mudança acentuada de comportamento dos alunos, um suicídio próximo pode ser estopim de outros que também tem dor e sofrimento intenso e não se expressam.

A melhor maneira de trabalhar com pós-venção ao suicídio é em compartilhar experiências em grupos que passam a mesma coisa, o acolhimento é a melhor alternativa, o ato de escutar e acolher essa dor pode salvar a vida de várias pessoas pela simples elaboração adequada de seu luto, compreender que essa morte diz mais sobre o outro do que sobre si mesmo é o ponto chave para essa perda, a dor e a perda precisam ser sentidas e elaboradas de maneira saudável para que futuramente não se expressem de modo destrutivo e agressivo.

### 3.3 O Papel Do Psicólogo

O terapeuta precisa de empatia para o sofrimento humano, sem ela jamais seria capaz de conhecer o mundo do outro. A relação terapêutica visa o cuidado, o acolhimento, a

construção de enfrentamentos e não a cura, em psicoterapia o paciente vem para ressignificar seu sofrimento e descobrir meios de lidar com seus conflitos.

Para lidar com um paciente suicida, o psicólogo precisa aprender a lidar com a morte, a falar sobre o assunto sem teme-lo, aceitar a imprevisibilidade de se estar vivo e do ser e estar no mundo. De acordo com Fukumitsu (2014), aqueles que decidem morrer já estão vivenciando uma morte existencial, onde não existe prazer algum em se estar vivo.

O sofrimento visto é de modo tão intenso, que o terapeuta tem obrigação de estar com seus próprios conflitos e sua própria existência em sintonia, que embora seja afetado, não perderia seu sentido ao passar pela experiência de perder um paciente, por isso é tão necessário o foco no cuidado e não na cura, visto que a cura só poderia ser alcançada pelos anseios do próprio paciente.

O suicídio não será prevenido de maneira individual, o terapeuta precisa alcançar a família, outros profissionais ou demais suportes, logo nas primeiras sessões quando o risco de suicídio é evidenciado, o psicólogo pode pedir que o paciente deixe o contato de duas pessoas próximas como redes de apoio, deixando claro que pode contata-los em situações de risco onde o sigilo profissional seria quebrado caso sua vida esteja em perigo (FUKUMITSU, 2014).

É importante que o profissional se coloque presente nesse momento, oferecendo um contato de emergência para o qual o paciente possa ligar em situações de crise e fornecer o contato do CVV, pedindo ao paciente que entre em contato para que possam conversar antes que ele decida concretizar sua morte (FUKUMITSU, 2014).

Dois aspectos importantes precisam ser observados pelo terapeuta, qual a mensagem que o paciente passa sobre sua existência e qual o desejo que ele não consegue realizar em vida. O terapeuta pode utilizar a técnica do “testamento em vida” para visualizar os desejos e as possibilidades do que podem ser feitos pelo paciente ainda vivo, as coisas que ele gostaria de realizar e as quais gostaria de resolver (FUKUMITSU, 2014).

Pode-se investigar sobre os momentos em que o paciente sente que tem valor ou sentido, a busca pelos períodos em que se sente vivo, ouvir seus problemas, anseios e dores, e compartilhar com o paciente sua sincera preocupação sobre a possibilidade de ele se matar.

“O toque acontece somente entre humanos e, dessa maneira, a disponibilidade afetiva quanto ao cuidado pode oferecer a sensação de alívio para a solidão existencial e acalanto para o desespero.” (FUKUMITSU, 2014)

O cuidado terapêutico é um estar presente para o outro, fornecendo meios para que ele possa encontrar seu caminho de volta a si mesmo e ao seu propósito, o terapeuta não assume o papel de fazer aquilo que o paciente precisa para melhorar, não se pode tomar a

responsabilidade dos outros para si e assumir sua caminhada. O psicólogo trabalhará em conjunto com o paciente afim de encontrarem soluções para seus conflitos interiores, esse trabalhar em união fornece disponibilidade afetiva necessária para o alívio da solidão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do artigo, o objetivo principal foi o de compartilhar informações acerca da temática do suicídio, compartilhando os dados históricos, fatores de risco e proteção, as intervenções grupais, o projeto de pós-venção com os enlutados e qual seria o papel e a postura do psicoterapeuta diante desse sofrimento.

Foi possível evidenciar que o principal meio de lidar com o suicídio é através da comunicação, apoio e acolhimento, a compreensão de que a dor do outro é um mundo completamente diferente faz com que se assuma uma postura não julgadora e empática, fornecendo amparo para o sofrimento, que a partir do momento que encontra proteção, pode se esvair em ambiente seguro.

Os projetos de pós-venção é um fator importante pois, embora façamos de tudo ao nosso alcance para impedir que o outro cometa suicídio, a decisão é sempre do indivíduo e a cura não é papel do terapeuta, portanto, mesmo que a morte aconteça o trabalho do psicólogo e das equipes de saúde não param nesse momento, tendo agora muito mais a se fazer pelas vítimas que essa morte alcançou, para amenizar o impacto da dor e prevenir que outras mortes venham a acontecer por falta de afeto.

Estar presente ao outro e oferecer suporte afetivo é o ponto para se criar um ambiente seguro para esses indivíduos e impedir que a perda de sua existência e seu propósito sejam algo imutável e irreversível, o fato de estar vivo reafirma o poder de construir seus próprios caminhos e estabelecer seu próprio significado a existência, abrir espaço para esse diálogo é o mesmo que salvar vidas de longos períodos de sofrimento e de uma morte autoinduzida.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Emanuelle Silva; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de; **Suicídio: Crime, Pecado, Estatística, Punição**. Revista de Psicologia da IMED, vol.4, n.2, p. 723-734, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5155043.pdf> Acesso em 01 de junho de 2021

BAHLS, S. C., & BOTEGA, N. J. (2007). **Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios**. In Mello, M. F.; Mello, A. A. F. & Kohn, R. (Orgs.), *Epidemiologia da Saude Mental no Brasil*. (pp.151-171). Porto Alegre: Artmed.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 04p.

BERTOLOTE, José Manoel. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Ed. Unesp, 2012. 144p. BOTEGA, N. J. (2015). Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Retrieved from [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)

CASELLATO, Gabriela. **Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos**. In: *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus, p. 15-28, 2015.

CASSORLA, Roosevelt M. S. e SMEKE, Elizabeth L. M. **Autodestruição humana**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1994, v. 10, suppl, pp. S61-S73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500005>>. Epub 29 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500005>. Acesso em 04 de abril de 2021

CERQUEIRA, Yohanna Shneideider; LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. **Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção**. IGT rede, Rio de Janeiro, v. 12, n. 23, p. 444-458, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 abril 2021.

DURKHEIM, E. (1982). **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, pág. 270-275, dezembro de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 07 de maio de 2021.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/T.47.2013.tde-04072013-143625. Acesso em: 2021-09-19.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte, separação, perdas e o processo de luto**. In: \_\_\_\_\_ (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 153-169, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. **Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Rev. Psicol. IMED*, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 abril 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

SANTOS, Cristina Vianna Moreira dos. **Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade**. Rev. NUFEN, Belém, v. 11, n. 2, p. 149-160, ago. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912019000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 maio 2021.

SILVA, Daniela Reis. **Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio**. In: CASELLATO, Gabriela (Org.). *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus, p. 111-128, 2015.

VENCO, S. & BARRETO, M. (2010). **O sentido social do suicídio no trabalho**. *Revista Espaço Acadêmico*, 9 (108), 1-8.

ZANA, Augusta Rodrigues de Oliveira; KOVACS, Maria Julia. **O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. *Estud. pesquis. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 897-921, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 abril 2021.